Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Berlin.

Ueber die Frühdiagnose des Uteruskrebses.

Nach einem Vortrag, gehalten am 26. Juni a. c. in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie

von

G. Winter.

(Sonderabdruck aus Berliner klin. Wochenschrift, 1891, No. 33.)

Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Berlin.

Ueber die Frühdiagnose des Uteruskrebses.

Nach einem Vortrag, gehalten am 26. Juni a. c. in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie

von

G. Winter.

Die operative Behandlung des Uteruskrebses ist seit 10 Jahren eine der wichtigsten Tagesfragen der Gynäkologie. Nachdem Deutschland den ersten Schritt zur Heilung dieses Leidens durch die Erfindung der radicalen Operationsmethoden gethan, folgte das Ausland, allerdings zögernd, nach; aber zu allgemeiner Befriedigung konnte man auf dem X. internationalen medicinischen Congress in Berlin constatiren, dass die Referenten Englands, Frankreichs, Oesterreichs, Deutschlands einstimmig die Totalexstirpation des Uterus wegen Uteruskrebs als eine berechtigte und segensreiche Operation anerkannten. Nachdem vor 13 Jahren Schröder die erste supravaginale Amputation des Cervix gemacht und Czerny die Totalexstirpation in die moderne Gynäkologie eingeführt hatte, galt die Arbeit der nächsten Jahre der Verbesserung der Technik und der Präcisirung der Indicationen. Die infravaginale Amputation der Portio wurde durch die Schröder'sche supravaginale Amputation verdrängt, und die Freund'sche Uterusexstirpation ist nur für diejenigen Fälle in Gebrauch geblieben, wo der Uterus seiner Grösse wegen sich nicht per vaginam entfernen lässt. Die hohe Amputation des Cervix ist von den meisten Gynäkologen verlassen worden (Olshausen, Hofmeier, ich selbst lassen sie für beschränkte Carcinome der Portio zu); die Totalexstirpation aber per vaginam

wird von Allen als eine sichere und zuverlässige Operation geschätzt. Die Ansichten über die verschiedenartige Technik dieser Operation haben sich ziemlich ausgeglichen, und bis auf kleine Abweichungen Einzelner ist die Operation heute fast so typisch wie eine Oberschenkelamputation. Die primären Resultate schwanken natürlich etwas, je nach der Technik und Antisepsis des Operateurs, sind aber in Deutschland ziemlich gleich. Die grösseren Statistiken aus den letzten Jahren ergaben, dass

Olshausen . .	unter	166	Totalexstirpationen	19	Todesfälle,
Schauta . . .	„	65	„	5	„
Fritsch . . .	„	103	„	10	„
Kaltenbach . .	„	60	„	2	„
Leopold . . .	„	80	„	4	„
	in Summa	474	„	mit 40	„

hatte, d. i. 8,4 pCt. Mortalität.

Die primären Resultate werden sich in den nächsten Jahren wohl noch etwas verbessern und etwa 5 pCt. erreichen. Einzelne Todesfälle werden stets vorkommen müssen. Die Oeffnung der Peritonealhöhle bei jauchendem Carcinom und eventuell bei Pyometra wird trotz aller Desinfectionsmaassregeln eine Gefahr bleiben. (Die Totalexstirpation hat sich aus diesem Grunde bei Prolaps und Endometritis viel ungefährlicher erwiesen, als bei Carcinom.) Die Todesfälle an Nachblutungen und Ureterenunterbindung werden mit verbesserter Technik ganz verschwinden, und die Gefahr des Ileus, auf welche Reichel hinwies, wird zu vermeiden sein durch den vollständigen Abschluss des Douglasschen Raumes. Die Fortschritte, welche man mit den primären Resultaten noch machen kann, sind durch die sorgfältige Desinfection des Carcinoms vor der Operation, durch genaue Asepsis während derselben und Vermeidung einer späteren Infection der Bauchhöhle durch extraperitoneale Fixirung der Stümpfe zu erreichen.

Die Resultate der supravaginalen Amputation des Cervix, welche allerdings nur bei günstigen Fällen gemacht wird, sind noch besser. In der Berliner Frauenklinik sind 155 Operationen gemacht worden mit 10 Todesfällen, d. h. 6,5 pCt. Die Todesfälle fallen in die Ausbildungszeit der Operation, der letzte in das Jahr 1884. Seitdem sind 64 Operationen ausgeführt worden ohne Todesfall. Man kann die supravaginale Amputation demnach also wohl als eine lebensichere Operation hinstellen.

Die Ansichten über die primären Resultate der radicalen

Krebsoperationen sind übereinstimmend recht optimistisch. Die Frage nach den Dauererfolgen aber ist leider nicht so günstig zu beantworten; auf ihnen beruht aber die Stellung der supravaginalen Amputation und der Totalexstirpation als radicale Operation. Seitdem jetzt 13 Jahre seit der ersten hohen Amputation und seit der ersten Totalexstirpation vergangen sind, ist die Zeit gewonnen, welche nöthig ist, um die dauernden Erfolge zu controliren. Leider fehlt vollständig eine pathologisch-anatomische Unterlage für die Statistiken, welche die Procentzahl der durch die Operation geheilten Kranken feststellen sollen; man weiss nicht, nach wie viel Jahren eine Frau noch am Recidiv erkranken kann. Auf die Erfahrungen, welche die Chirurgen an anderen Organen gemacht haben, kann man sich nicht berufen, da die Schnelligkeit, mit der ein Recidiv entsteht, nach den erkrankten Organen und nach der Art des Carcinoms eine sehr verschiedene ist. Die Erfahrung muss es uns selbst allmälig lehren, nach wie viel Jahren wir unsere Kranken als dauernd geheilt betrachten dürfen. Die jahrelange Beobachtung der operirten Kranken hat gelehrt, dass die localen Recidive innerhalb eines oder höchstens zweier Jahre aufzutreten pflegen, aber die Statistiken, welche, hierauf bauend, schon die Resultate nach ein oder zwei Jahren als Dauererfolge bezeichnen, sind unrichtig, weil sie mit den regionären Recidiven, welche im Beckenbindegewebe und Lymphdrüsen recht häufig noch viel später auftreten, zu wenig rechnen. Die in den letzten Jahren mitgetheilten Ergebnisse, nach welchen

Olshausen . .	47,5 pCt.
Schauta . . .	47,3 „
Fritsch . . .	47,0 „

Heilungen über 2 Jahre durch die Totalexstirpation erzielten, haben deshalb nur einen beschränkten Werth. Eine längere Beobachtung der Operirten wird die Zahl der gesunden Frauen von Jahr zu Jahr zusammenschrumpfen lassen.

Fritsch hatte z. B. . .	nach 1	Jahr	57,0	pCt.	Heilungen.
	„ 2	„	47,0	„	„
	„ 4	„	45,0	„	„
	„ 5	„	36,0	„	„
Hofmeier beobachtete	„ 1	„	53,6	„	„
	„ 2	„	40,0	„	„
	„ 3	„	37,5	„	„
	„ 4	„	33,0	„	„

Meine Untersuchungen über die Dauererfolge der supravaginalen Amputation ergaben nach 2 Jahren 38 pCt. gesunde Frauen, während nach 5 Jahren nur noch 26,5 pCt. ohne Recidiv waren; später erkrankte dann keine mehr. Vor Ablauf von 5 Jahren wird man deshalb vor Recidiven nicht sicher sein können; ein noch späteres Auftreten wird zu den Seltenheiten gehören. Es bleibt zu erwarten, wie sich die Dauererfolge gestalten werden; meines Erachtens sind sie nicht besser als circa 25 pCt. Im Gegensatz zu Tannen, welcher auf Grund der Controle des Breslauer Materials keine „vollständige, für das ganze Leben gültige Heilung des Gebärmutterkrebses, sondern nur eine zeitweilige“ zulässt, möchte ich unsere erreichten Resultate als Dauerresultate hervorheben.

Dieser recht befriedigende Erfolg der operativen Krebsbehandlung verliert nun aber gewaltig an Bedeutung, wenn man bedenkt, dass von allen krebskranken Frauen nur ein Bruchtheil überhaupt operirt werden kann. Im Jahre 1889 erschienen in der Berliner Frauenklinik 173 Frauen mit Uteruskrebs, und von diesen waren nur 49, d. h. 28 pCt. operirbar. Es kommen also jetzt nur etwa ein Viertel der Kranken in operablem Zustande in Behandlung, und retten wir von diesen wieder nur ein Viertel dauernd, so heilen wir jetzt erst circa 7 pCt. der Kranken von ihrem Uteruskrebs, und dieses Resultat ist noch ein bedeutender Fortschritt gegen die früheren Jahre, wie folgende Tabelle zeigt:

Unter den Carcinomkranken waren operabel:

	Carcinomkrank	Operabel	
Im Jahre 1876—83:	811[1])	160	= 19,0 pCt.
„ „ 1884:	114	25	= 21,5 „
„ „ 1885:	127	32	= 23,5 „
„ „ 1886:	146	42	= 22,6 „
„ „ 1887:	149	47	= 28,1 „
„ „ 1888:	144	36	= 29,1 „
„ „ 1889:	173	49	= 31,4 „
„ „ 1890:	62 (nur einige Monate)	25	= 37,0 „

Der Fortschritt, welchen man in der Zahl der operablen Carcinome von Jahr zu Jahr mit unbedeutenden Schwankungen nachweisen kann, beruht auf der verbesserten Diagnostik vor Allem durch die Anwendung des Mikroskops und der allmälig abnehmenden Indolenz und Scheu des weiblichen Publicums. Das

1) In dieser Zahl sind die Privatkranken Schröder's mit einbegriffen.

zeigt sich vor Allem in dem Anwachsen der operablen Fälle in Berlin. Auf Berlin kamen

im Jahre 1883:	26,8	pCt.	operable	Carcinome,
1884:	25,7	"	"	"
1885:	25,9	"	"	"
1886:	32,3	"	"	"
1887:	30,4	"	"	"
1888:	29,3	"	"	"
1889:	35,8	"	"	"
1890:	46,3	"	"	"

An den Fällen, welche uns aus der Provinz zugingen, ist kein Fortschritt bemerkbar; mit grösseren Schwankungen bewegt sich die Zahl der operablen Fälle um 20,0 pCt. Ich will auf diese Zahl nicht allzu viel Werth legen, da aus der Provinz eine Reihe der verschlepptesten Fälle Berlin als letzten Rettungsanker ergreifen, während die beginnenden Fälle in der Provinz selbst operirt werden. Wie gross die Procentzahl der heute in der Provinz radical operirten Uteruskrebse ist, ist aus der Literatur schwer zu ersehen. Leopold operirte bis 1887 20,4 pCt. seiner Carcinomkranken, Olshausen (in Halle) 1882 und 1883 27,2 pCt.

Durchschnittlich werden heute in den grossen Kliniken höchstens 25 pCt. der krebskranken Frauen operirt werden, so dass wir uns in der That bei 7 pCt. definitiven Heilungen vom Krebs vorläufig bescheiden müssen; 93 pCt. der Frauen verfallen trotz unseres Wissens und Könnens nach wie vor dieser tödtlichsten aller Krankheiten.

Wie soll man weiter kommen? Die operative Gynäkologie hat ihre Aufgaben mit der Ausbildung der Totalexstirpation und supravaginalen Amputation fast schon erfüllt; denn in den neuen Vorschlägen, vom Damm (Zuckerkandl) oder vom Kreuzbein her (Hegar) sich Zugang zum erkrankten Parametrium zu verschaffen und dasselbe auszuräumen, ist keine Verbesserung unserer Methoden zu erblicken. Diese Operationen werden sich in der Gynäkologie nicht einbürgern. Die Diagnose des Carcinoms muss man in den weitaus meisten Fällen als eine leichte und bis auf einige noch zu klärende mikroskopische Details auch sichere anerkennen. Der Fortschritt muss von ganz anderer Seite gemacht werden. Das Carcinom muss früher diagnosticirt werden. Der Uteruskrebs ist nach unserer heutigen Anschauung ein durchaus locales Leiden und bleibt verhältnissmässig lange

auf den Uterus beschränkt; eine Erkrankung der Lymphgefässe findet sehr spät statt. Deshalb muss man eine radicale Entfernung fast aller Uteruscarcinome theoretisch für durchaus erreichbar halten. Praktisch kann man diesem Ziele nur näher kommen durch die möglichst frühe Erkennung des Leidens. Jeder Kliniker wird dieselbe Erfahrung gemacht haben, und in mir selbst hat sich bei den vielen Hunderten von Carcinomen, welche ich in der Berliner Frauenklinik sah, die Ueberzeugung festgesetzt, dass nur in einer geringen Zahl die unbemerkte Entwickelung des Leidens, in einer grösseren Zahl die Schuld der Aerzte (event. Hebamme) und in der Mehrzahl der Fälle das Publicum selbst an dem unglücklichen Ausgang Schuld ist. Um zu eruiren, wodurch eine frühzeitige Diagnose des Uteruskrebses zu ermöglichen ist, habe ich einen meiner Praktikanten, Herrn Ernst Mommsen[1]) aus Berlin, beauftragt, in 62 Fällen durch genaue Anamnese zu erforschen, von wem zuerst und wie lange nach Beginn des Leidens die Diagnose auf Uteruscarcinom gestellt wurde.

Der Arzt, an welchen sich die Kranke zuerst wendet, entscheidet in den meisten Fällen über ihr Geschick.

6 Frauen von den erwähnten 62 Fällen holten sich ihren ersten Rath in der Poliklinik der Königlichen Universitäts-Frauenklinik; 4 davon waren noch operabel und wurden sofort radical operirt; 2 kamen erst, nachdem sie 6 resp. 9 Monate auffallende Carcinomsymptome gehabt hatten; d. i. 66 pCt. operabler Fälle.

47 Frauen holten sich den ersten Rath bei ihren Hausärzten, und viele davon haben — zu meinem grössten Bedauern muss ich es aussprechen — damit den Schritt ins Unglück gethan. Von diesen Frauen kamen nur noch 32 pCt. in operablem Zustande in die Klinik. Die genaue Nachforschung (welche selbstverständlich in einer für die betreffenden Aerzte äusserst schonenden Weise vorgenommen wurde) ergab als Ursache dieser bedauernswerthen Thatsache Folgendes:

Nur in etwas über der Hälfte der Fälle wurde auf Grund

---

1) Mommsen hat aus diesen mit grossem Fleiss und Geschick gemachten Erhebungen eine Menge für die Symptome und den Verlauf des Carcinoms interessanter Thatsachen in seiner Inaugural-Dissertation, Berlin 1890, veröffentlicht. Einige der oben gemachten statistischen Angaben habe ich derselben entnommen.

der Unterleibssymptome die innere Untersuchung sofort vorgenommen und die Kranken dann der Klinik überwiesen, in den meisten Fällen mit der richtigen Diagnose zum Zweck der Operation oder zur Consultation. Das Resultat für die Kranken, welche sich diesen Aerzten anvertraut hatten, war ein relativ günstiges. Von 26 Frauen waren 10 noch operabel, also 38 pCt.

In 6 Fällen wurde allerdings die Untersuchung sofort vorgenommen, die richtige Diagnose aber wahrscheinlich nicht gestellt, sondern die Behandlung mit Aetzmitteln, Ausspülungen, inneren Hämostaticis begonnen. Erst als die Erfolglosigkeit dieser Behandlung zu Tage trat, wurden die Kranken der Klinik überwiesen oder kamen aus eigenem Antriebe. Von diesen Kranken war nur noch eine im operablen Zustande, also 17 pCt.; zwei Kranke kamen aus Berlin, 4 aus der Provinz.

In 15 Fällen aber wurde von den Hausärzten trotz auffallender Unterleibssymptome, meist Blutung und Ausfluss, überhaupt nicht untersucht, sondern die Behandlung symptomatisch geleitet, bis andere Aerzte von der Kranken zugezogen wurden, welche die richtige Diagnose stellten und die Kranken zur Operation der Klinik überwiesen. Von diesen 15 Kranken kamen nur noch 3 in operablem Zustande, also 20 pCt. 5 Kranke kamen aus Berlin, 10 aus der Provinz.

Zur Belehrung möchte ich einige Fälle anführen, in welchen die Unterlassungssünden der Aerzte an dem unglücklichen Ausgange des Carcinoms die Hauptschuld tragen.

1. Frau S. Im September 1889 dicker, später wässeriger Ausfluss, seit 3 Monaten blutig; starke Kreuzschmerzen. Sofort nach dem Auftreten des Ausflusses geht Patientin zum Arzt; derselbe untersuchte nicht, sondern erklärte den Ausfluss, weil nicht übelriechend, für ungefährlich. Als im Januar der Ausfluss stärker wurde, und sich heftige Kreuzschmerzen einstellten, hielt der Arzt die Untersuchung ebenfalls nicht für nöthig; erst als im März starke Blutungen auftraten, wurde die Untersuchung vorgenommen und Patientin der Klinik überwiesen. Das Carcinom war inoperabel.

2. Frau R. April 1888 verstärkte Menses, wässeriger Ausfluss. Seit 3 Monaten andauernd Blutung. Patientin ging September 1888 zum Arzt, derselbe untersuchte nicht, verschrieb Medicin und beruhigte Patientin vollkommen; nach 10 Monaten ging sie zu zwei anderen Aerzten, welche auch nicht untersuchten; erst ein vierter Arzt untersuchte die Kranke und überwies sie der Klinik. Das Carcinom war inoperabel.

3. Frau M. Seit 9 Monaten starke Menses; seit 7 Monaten alle 14 Tage Blutung; seit 5 Monaten andauernd blutiger Ausfluss. Patientin bat ihren Hausarzt, welcher ihren kranken Mann täglich besuchte, wiederholt direct um eine genaue innere Untersuchung, ja Patientin hat ihren Arzt deshalb wiederholentlich in seiner Sprechstunde aufgesucht, ohne ihr Ziel zu erreichen. Der Arzt erklärte es immer für ungefährlich und er-

klärte es mit den Wechseljahren; erst nach mehreren Monaten untersuchte der Arzt und schickte die Kranke direct in die Klinik. Das Carcinom war inoperabel.

4. Frau Kr. Vor 6 Monaten zuerst Abgang von Blut nach der Cohabitation; Patientin geht sofort zum Arzt; dieser untersuchte nicht, verschrieb nur Medicin; vor 10 Wochen bekam Patientin plötzlich eine sehr starke Blutung, geht deshalb sofort wieder zum Arzt; dieser untersuchte abermals nicht. Den Blutungen schloss sich übelriechender Ausfluss an, wegen dessen Patientin zu einem anderen Arzte ging, welcher sie sofort untersuchte und der Klinik überwies. Das Carcinom war inoperabel.

Aehnlich lauten die Berichte auch der anderen Kranken, welche trotz auffallender Symptome nicht ärztlich untersucht wurden und deshalb dem unglücklichen Schicksal anheimfielen. Wenn man auch in einer Reihe dieser Fälle eine unglaubliche Sorglosigkeit des Arztes als die Ursache davon ansehen muss, so glaube ich doch die Hauptschuld in einer ungenügenden Würdigung der Carcinomsymptome suchen zu müssen. Die Diagnose auf den Uteruskrebs kann natürlich nur durch innere Untersuchung gestellt werden. Bei jeder Kranken, welche über carcinomverdächtige Beschwerden klagt, muss dieselbe sofort vorgenommen werden. Leider stösst aber der Arzt sowohl in der guten Praxis als bei der Landbevölkerung damit auf Widerstand, und nur von seiner Ueberzeugung, ob hinter den Klagen der Kranken ein schwereres Leiden versteckt liegen kann, wird es abhängen, ob er auf eine Untersuchung dringt oder ob er der Scheu der Kranken vor der Exploration nachgeben darf.

Genaue Kenntniss der Symptome, an welchen die krebskranken Frauen leiden, ist deshalb für den Arzt von grösster Bedeutung und ist um so wichtiger, als dieselben so prägnant sein können, dass man aus ihnen allein schon die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Uteruskrebs stellen kann. Die Symptome sind allerdings die alltäglichen Klagen der unterleibskranken Frauen, aber die Art und Weise, in welcher sie auftreten, ist oft geradezu pathognomonisch.

Der Ausfluss ist bekanntlich ein so häufiges Leiden bei verheiratheten Frauen, oft auch bei jungen Mädchen, dass der Arzt dringend charakteristischer Anzeichen bedarf, um Verdacht auf ein Carcinom zu schöpfen. Der Ausfluss ist eine regelmässige Begleiterscheinung des Carcinoms und fehlt nur in den seltenen Fällen von ganz harten cirrhösen Formen; unter 31 Portiocarcinomen war 12 Mal, unter 31 Cervixcarcinomen 11 Mal der Ausfluss das erste Symptom, und von den 62 Kranken führte 11 Mal vorwiegend der Ausfluss dieselben zum Arzt. Der Ausfluss ist

namentlich bei Portiocarcinom ein ausserordentlich frühes Symptom; er ist anfangs rein wässerig als ein Transsudat der erweiterten Gefässschlingen, nässt reichlich Bett- und Leibwäsche; selbst Leute, welche vor dem Beginne des Carcinoms an andersartigem Ausfluss gelitten hatten (Gonorrhoe, Cervicalkatarrh, Lochialfluss), konnten den Zeitpunkt ungefähr angeben, von wo der Ausfluss reichlicher und wässeriger geworden war. Ein Ausfluss ähnlicher Art kommt eigentlich nur noch bei Uteruspolypen und submucösen Myomen vor, wo die erkrankte Schleimhaut in grossen Mengen Wasser absondert. Unter den Fällen, bei welchen die ärztliche Untersuchung unterlassen war, fanden sich mehrere, wo der wässerige Ausfluss die Kranke zum Arzt geführt hatte; einmal wurde er direct für ungefährlich bezeichnet, weil er nicht übelriechend sei. Bald wird der Ausfluss durch Beimischungen kleiner Mengen von Blut fleischwasserähnlich, ausserordentlich charakteristisch für beginnende Carcinome, namentlich an der Portio vaginalis (nur bei Polypen und Myomen findet man ihn ähnlich). Dass der Ausfluss ein sehr frühes Symptom ist, geht daraus hervor, dass Monate nach dem Beginne desselben, einmal sogar 11 Monate, das Carcinom noch operabel war. Wird der Ausfluss dann durch Beimischung zerfallender Gewebselemente schmutzig-grünlich oder übelriechend, so weist er unmittelbar auf eine zerfallende Neubildung hin (Ausnahme sind nur jauchende Polypen oder Abortreste).

Die Blutungen treten in so wechselnder Form beim Weibe auf, dass es schwer ist, ihren Charakter beim Carcinom festzustellen, und doch werden dieselben in vielen Fällen so prägnant, dass der Arzt Verdacht schöpfen muss. Blutungen bildeten gerade in der Hälfte meiner Fälle das erste Symptom des Carcinoms und führten vorwiegend die Kranken zum Arzt. Meistens bildet es, wo sie zusammen vorkommen, ein späteres Symptom als der Ausfluss. Am unverdächtigsten sind Menorrhagien, starke 6—8 Tage dauernde, oft auch anteponirende Menses, und doch treten sie in vielen Fällen so unmittelbar vor dem Ausbruch der bekannten Carcinomsymptome auf oder zeichnen sich gegen die irregulären Blutungen im Verlauf des Carcinoms so ab, dass man sie mit dem Carcinom in Zusammenhang bringen muss. Man geht wohl nicht fehl, diese Menorrhagien wirklich auf das Endometrium zurückzuführen und sie als Symptom der durch Abel, Saurenhaus, Eckhard nachgewiesenen Endometritis anzusehen, welche sich am carcinomatösen Uterus fast regelmässig ausbildet;

in 5 Fällen waren verstärkte Menses das erste Symptom, welches auf das sich entwickelnde Carcinom hinwiesen. Es ist die unverdächtigste Form der Blutungen bei Carcinom.

Eine grosse Bedeutung haben die Blutungen nach der Cohabitation, welche meist wohl durch Berührung des Carcinoms mit dem Penis, seltener auf Ruptur der inter cohabitationem stärker gefüllten Gefässe zurückzuführen sind. Carcinome sind allerdings nicht ausnahmslos Ursache für diese Art der Blutungen, sondern aus ähnlichem Grunde blutet gelegentlich auch einmal eine Erosion oder das sehr hyperämische, entzündete Endometrium. Cohabitationsblutungen, oft von nicht geringer Stärke, meist aber nur zur Fleckenbildung in der Wäsche führend, sind ein sehr häufiges Carcinomsymptom. In 16 Fällen traten Cohabitationsblutungen, oft nach jedem Beischlaf, auf, und in der Hälfte dieser Fälle waren dieselben das erste Symptom. Demnach spielt die Blutung nach dem Coitus als Initialsymptom eine grosse Rolle und muss jeden Arzt zur Untersuchung der inneren Genitalien auffordern.

Einen für den Krebs fast pathognomonischen Charakter haben aber die Blutungen im Klimakterium. Allerdings kommt es vor, dass die Vagina und die Portio vaginalis bei Colpitis senilis gelegentlich blutet. Auch das Endometrium kann nach monate- und jahrelanger Menopause, namentlich wenn Endometritis bestand oder Myome am Uterus vorhanden sind, aus irgend einer Ursache, z. B. Trauma, Schreck, wieder anfangen zu bluten. Auch Schleimpolypen des Uterus habe ich in hohem Alter als Quelle uteriner Blutung gesehen; auch bei längeren Pausen während des Wechsels kann der Anschein einer Blutung nach der Menopause erweckt werden. Das sind aber alles Ausnahmen, welche den Satz nicht umstossen, dass eine Blutung jenseits des Klimakteriums namentlich nach jahrelanger Menopause auf die Entwickelung eines Carcinoms hindeutet.

Das dritte Symptom, welches sich bei Carcinom regelmässig findet, sind Schmerzen; dieselben sind im Beginn gering oder fehlen ganz, stellen sich aber regelmässig ein, wenn das Carcinom die Parametrien ergreift; im Allgemeinen deuten stärkere Schmerzen schon auf ein länger bestehendes Leiden, und als Initialsymptom findet es sich unter 62 Fällen nur 4 Mal; in diesen 4 Fällen handelte es sich um harte cirrhöse Formen, welche beide Parametrien schon ergriffen hatten. Treten Schmerzen in den Hüften und in den Seiten des Leibes auf zu einer

Zeit, wo entzündliche Erkrankungen selten vorzukommen pflegen, d. h. in der Menopause, so können sie ein sich entwickelndes Carcinom anzeigen.

Die Nutzanwendung ist die, dass alle Kranken, welche mit den eben geschilderten Symptomen zum Arzt kommen, sofort innerlich untersucht werden müssen. Der Arzt kann überzeugt sein, dass bei diesen Symptomen in der weitaus grössten Zahl ein Carcinom sich im Genitalcanal entwickelt. Auch dann, wenn dasselbe nicht auf der Aussenfläche der Portio vaginalis zu fühlen ist, muss er die Wahrscheinlichkeitsdiagnose nicht fallen lassen, sondern auf den Herd in den oberen Theilen des Cervix oder des Corpus uteri fahnden; die Diagnose solcher hochliegenden Cervixcarcinome kann bei geschlossenem Cervix, wie ich selbst vor Kurzem erfuhr, grosse Schwierigkeiten machen; je ausgesprochener die Symptome sind, um so genauer muss man nach dem Herd suchen. Durch das gute Aussehen der Kranken lassen sich erfahrungsgemäss häufig die Aerzte gegen die Diagnose des Krebses einnehmen und vergessen dabei, dass das beginnende, noch örtliche Leiden den Körper nur äusserst wenig in Mitleidenschaft zieht, und dass die Kachexie erst sehr spät und meist nur bei schon lange inoperablen Fällen eintritt.

Auch das Alter wird bei der Diagnose auf Krebs viel zu sehr berücksichtigt; wenn es auch richtig ist, dass das Carcinom in den vierziger Jahren am häufigsten ist, so ist von dem zwanzigsten Jahre an bis ans Lebensende kein Alter gegen dasselbe immun.

Schliesslich wandten sich noch 9 Frauen zuerst an Hebammen mit der Bitte um Rath; nur 2 Hebammen handelten so gewissenhaft, die Kranken sofort zum Arzt zu schicken, und diese beiden konnten auch radical operirt werden. 7 Hebammen dagegen behandelten theils nach, theils ohne vorhergehende Untersuchung mit Ausspülungen u. s. w. und schickten erst nach wochen- oder monatelanger Behandlung die Kranken zum Arzt, oder dieselben wandten sich aus eigenem Antriebe an ihn. Von diesen 7 Frauen konnte keine mehr operirt werden. Auch hieraus geht wieder hervor, dass die Hebammen mehr, als man denkt, als erste Beratherin unterleibskranker Frauen eine grosse Rolle spielen, und dass durch dieselben leider oft Unheil angerichtet wird. Trotzdem das Preussische Hebammenlehrbuch die Hebammen nicht in Gynäkologie ausbildet und Beschäftigung mit derselben ihnen nicht erlaubt ist, muss

man mit diesem Uebelstande fürs Erste rechnen und die geeigneten Maassregeln ergreifen, um die Frauen vor der Unkenntniss und Fahrlässigkeit schlechter Hebammen zu schützen. Einen Einfluss wird man vorläufig nur auf gewissenhafte Hebammen ausüben können. Man soll diesen den Rath geben, unterleibskranke Frauen überhaupt gar nicht zu untersuchen, sondern dieselben sofort zum Arzt zu schicken. Die Hebamme, welche untersucht, wird auch um ihre Ansicht gefragt, und diese kann nicht richtig sein, denn eine Diagnose auf Krebs kann eine Hebamme nicht stellen. Sie muss aber ihrem Rath, zum Arzt zu gehen, den gehörigen Nachdruck geben, wenn die Klagen der Kranken auf ein Krebsleiden hindeuten. Und nur in diesem Sinne halte ich eine Unterweisung der Hebammen in der frühen Krebsdiagnose und in den oben erörterten Krebssymptomen für sehr wichtig. Ich habe deshalb nicht unterlassen, in der Fachliteratur der Hebammen wiederholentlich darauf hinzuweisen und möchte den Physikern rathen, die ihnen unterstellten Hebammen mit dem Nöthigen vertraut zu machen.

Ein mindestens ebenso gefährlicher Feind der Frühdiagnose des Uteruskrebses ist die Indolenz und Gleichgültigkeit der unterleibskranken Frauen gegen ihren Zustand; weniger in der gebildeten Welt, unglaublich oft in den niederen Classen und vor Allem in der Landbevölkerung. Monate lang ertragen die Frauen den reichlich wässerigen oder sanguinolenten Ausfluss; erst wenn derselbe übelriechend wird und die Kranke sich selbst und der Umgebung zur Last wird, geht sie zum Arzt. „Ich hatte ja keine Schmerzen," ist ihre stete Ausrede. Irreguläre Blutungen machen sie erst bis zur Arbeitsunfähigkeit anämisch, ehe sie den Arzt fragen; erst wenn der „Blutsturz" kommt, werden sie ängstlich. Die Entwickelung des Carcinoms in den 40er Jahren bringt sie auf den Glauben, dass die „Wechseljahre" Schuld an der Blutung seien. Schon Hunderten von Frauen hat dieser unheilvolle Glauben das Grab gegraben. Treten Schmerzen dazu, so suchen die Kranken begreiflicherweise bald den Arzt, aber dann ist es gewöhnlich zu spät. Carcinome, welche mit Schmerzen beginnen, sind äusserst selten. Um zu zeigen, wie gross die Sorglosigkeit der Kranken gegen ihr eigenes Leiden ist, führe ich folgende Thatsachen an:

Von 62 Frauen liessen nach dem Beginn der Symptome Zeit bis zum Aufsuchen der ärztlichen Hülfe unbenutzt verstreichen:

16 Kranke 1 Monat,

3	Kranke	2	Monate,
8	"	3	"
6	"	4	"
6	"	5	"
5	"	6	"
1	"	7	"
1	"	8	"
4	"	9	"
2	"	10	"
2	"	11	"
6	"	12	"
2	"	mehr als ein Jahr.	

Diese Unachtsamkeit der Frauen ist die Hauptklippe für die Frühdiagnose des Carcinoms. Wir sind vorläufig machtlos gegen dieselbe, und längerer Arbeit wird es bedürfen, um dieselbe zu beseitigen. Die Frau der besseren Stände achtet meist schon jetzt mehr auf ihren Zustand und sucht zur rechten Zeit den Arzt auf, denn die Scheu vor der ärztlichen Untersuchung ist namentlich in der grossstädtischen Praxis im Weichen. Die Frauen, welche unter beständiger Beaufsichtigung ihrer Hausärzte leben, sind besser daran. Aber erst eine Belehrung des Publicums durch dieselben oder auch durch geeignete Schriften wird es erreichen, dass die Frauen gewissen Symptomen mehr Beachtung schenken. Die Angst vor Krebs ist bei unterleibskranken Frauen allerdings enorm verbreitet; vor Allem zu der Zeit, wo Kaiser Friedrich am Carcinom zu Grunde gegangen war, kamen unzählige Frauen in die Poliklinik aus Angst vor Krebs. Merkwürdiger Weise findet man die Krebsangst bei krebskranken Frauen selbst fast nie; es scheint fast, als ob eine Furcht vor der Entdeckung der traurigen Wahrheit die Frauen vom Arzt zurückhielte. Unglücklich verlaufende Krebsfälle bei Bekannten wirken erfahrungsgemäss sehr belehrend.

Ziemlich selten sind die Fälle von Carcinom, welche so spät Symptome machen, dass sie bei dem ersten Auftreten derselben inoperabel sind. Gewöhnlich sind es harte Formen, welche ohne Zerfall wachsen. Diese Fälle werden trotz alles menschlichen Wollens und Könnens dem Untergang anheimfallen; und nur ein Mittel kann ich mir denken, welches die unglücklichen Trägerinnen dieses Leidens vor dem Untergange bewahren kann, das ist die regelmässige Untersuchung der Unterleibsorgane in bestimmten Zeitabschnitten. Ich kenne den Fall einer Dame, bei welcher

hierdurch ein symptomloses Carcinom entdeckt und radical entfernt werden konnte. Es ist heute ein ziemlich allgemeiner Brauch, viertel- bis halbjährlich den Zahnarzt aufzusuchen, weil die Zahncaries schleichend den Zahn zerstört, und das ist nur ein Zahn; sollte es eine grössere Mühe sein, den Arzt aufzusuchen, wenn es sich ums Leben handelt?

Im Allgemeinen muss es als ein erreichbares Ziel hingestellt werden, den Uteruskrebs zur rechten Zeit zu erkennen.

Es bleibt noch Vieles zu thun übrig, um die Kranken zur rechten Zeit zum Arzt zu bringen, und bei den Aerzten muss es erst zur Gewohnheit werden, in allen Fällen die innere Untersuchung vorzunehmen. Dann aber soll erst die Hauptsache kommen, die Diagnose des Krebses; dieselbe ist jetzt, wo die Mehrzahl der Kranken mit fortgeschrittenen Krebsen kommt, nicht schwer; später, wenn die Frauen besser auf ihren Zustand achten und schon nach den ersten Symptomen den Arzt aufsuchen, werden beginnende Krebse mit diagnostisch zweifelhaftem Befunde — wie man sie schon jetzt nicht selten sieht — häufiger werden; die Kenntniss der objectiven Zeichen der Anfangsstadien des Uteruskrebses wird für den Hausarzt immer wichtiger werden. Es soll hier nicht meine Aufgabe sein, auf die Hülfsmittel zur Diagnose einzugehen, sondern ich verweise auf die betreffenden Capitel in den Lehrbüchern von Schröder, Gusserow, Veit; nur eines möchte ich noch hervorheben, dass die mikroskopische Untersuchung excidirter und curettirter Stückchen, wie sie uns Carl Ruge lehrte, immer mehr an Verbreitung gewinnen muss, je früher wir die Uteruskrebse zu sehen bekommen.

Nachtrag.

Soeben kommt mir der Abdruck der Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie (Centralblatt für Gynäkologie, No. 32) in die Hände. Zu meinem Erstaunen finde ich in der Discussion zu meinem obigen Vortrag folgende Bemerkungen A. Martin's:

„A. Martin kann die Ausführung des Herrn Winter nicht hingehen lassen, ohne auf die Ungenauigkeiten der historischen Angaben hinzuweisen. Selbst bei summarischen Angaben darf die Entwickelung der Totalextirpation nicht blos mit Schröder's Namen verknüpft werden. Bekanntlich hat nicht Schröder, sondern Czerny diesen Weg zuerst beschritten.“

In meinem Vortrag habe ich nur einen historischen Fehler

begangen, dass ich nämlich die Einführung der Totalexstirpation in die moderne Gynäkologie um 10 Jahre zurückverlegte, während die ersten Operationen schon 1878, also vor 13 Jahren gemacht wurden; diesen Fehler habe ich in obigem Aufsatz corrigirt. Wie aus meinen obigen Angaben, welche verbo tenus dem in der geburtshülflichen Gesellschaft gehaltenen Vortrag entnommen sind, hervorgeht, habe ich die Entwickelung der Totalexstirpation nirgends mit dem Namen Schröder's verknüpft, sondern Folgendes gesagt:

„Nachdem vor 13 Jahren Schröder die erste supravaginale Amputation des Cervix gemacht und Czerny vor 10 Jahren (muss heissen 13 Jahren) die Totalexstirpation in die moderne Gynäkologie eingeführt hatte u. s. w."

Den Vorwurf einer Ungenauigkeit in den historischen Angaben in Bezug auf diesen Punkt muss ich entschieden zurückweisen.

Welchen historischen Antheil Martin an der Entwickelung der Totalexstirpation genommen hat, will ich hier nicht erörtern, sondern verweise auf die eben erscheinende, unter meiner Leitung verfasste Inauguraldissertation Schaller's: „Die Endergebnisse der unter Schröder ausgeführten 89 Totalexstirpationen per vaginam wegen Carcinoma uteri".

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.